

Sygn. akt I C 448/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 września 2022 r.

Sąd Rejonowy w Jaśle I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Grzegorz Wanat

Protokolant: starszy sekretarz sądowy Maria Otrębska

po rozpoznaniu w dniu 21 września 2022 r. w Jaśle

na rozprawie

sprawy z powództwa E. S.

przeciwko (...) S.A. z siedzibą w S.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego (...) S. A. z siedzibą w S. na rzecz powódki E. S. kwotę:

- a) 6.800 zł (sześć tysięcy osiemset złotych) tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 08.05.2021 r. do dnia zapłaty,
- b) 2.050 zł (dwa tysiące pięćdziesiąt złotych) tytułem odszkodowania z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 08.05.2021 r. do dnia zapłaty,

2. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 2.908,38 zł (dwa tysiące dziewięćset osiem złotych trzydzieści osiem groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 1.834 zł (tysiąc osiemset trzydzieści cztery złote) tytułem kosztów zastępstwa procesowego z odsetkami w wysokości odsetek ustawowych za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego liczonymi od dnia uprawomocnienia się orzeczenia do dnia zapłaty.

Sygn. akt I C 448/21

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Rejonowego w Jaśle z 27.09.2022 r.

Powódka E. S. w pozwie przeciwko (...) S.A. z siedzibą w S. domagała się zasądzenia kwoty 6.800 zł – tytułem zadośćuczynienia i kwoty 2.050 zł tytułem odszkodowania, a to wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie za okres od 08.05.2021 do dnia zapłaty. Jednocześnie powódka wносиła o zasądzenie zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu wskazała, że w dniu 01.02.2019 r. uczestniczyła w zdarzeniu komunikacyjnym, w którym odniosła obrażenia ciała. Sprawca wypadku objęty był ubezpieczeniem w zakresie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych u pozwanego. Powódka zgłosiła szkodę pozwanemu, który uznał – co do zasady – swoją odpowiedzialność za sprawcę, przeprowadził stosowne postępowanie likwidujące i wypłacił na rzecz powódki kwotę 1.200 zł tytułem zadośćuczynienia i kwotę 59,99 zł tytułem odszkodowania. Wypłacone świadczenia są, zdaniem powódki zaniżone, albowiem powódka doznała krzywdy

polegającej na cierpieniu, zarówno fizycznym, jak i psychicznym. Musiała podjąć specjalistyczne leczenie. Przez długi czas nie mogła wykonywać zwykłych czynności życia codziennego z uwagi na ograniczenia ruchomości kręgosłupa, miała problemy z zasypianiem. Doznała również lęku komunikacyjnego, który znacząco obniżył komfort życia powódki.

Pozwany wnosił o oddalenie powództwa i zasądzenie zwrotu kosztów procesu. Pozwany przyznał fakt zdarzenia komunikacyjnego z 01.02.2019 r.

w związku z którym przeprowadził postępowanie likwidujące szkodę oraz fakt wypłaty świadczeń wskazanych w pozwie. Zakwestionował dalej idące roszczenia powódki, podnosząc, że dokonana przez pozwanego ocena następstw zdarzenia w życiu poszkodowanej (na podstawie klasyfikacji I.) nie wykazała, aby powódka doznała znaczącej krzywdy, uzasadniającej wyższe od wypłaconego zadośćuczynienie. Pozwany zakwestionował również roszczenie o refundację kosztów prywatnego leczenia, podnosząc, że powódka mogła skorzystać ze świadczeń finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny.

W dniu 01.02.2019 r. w K. na ulicy (...) doszło do zdarzenia komunikacyjnego, w którym poszkodowana została powódka E. S..

W chwili zdarzenia poruszała się samochodem osobowym N. (...). Podczas zatrzymywania się przed samochodem jadącym przed nią została nagle uderzona w tył poprzez samochód jadący za nią. Sprawca zderzenia pojazdów został ukarany mandatem karnym.

Pozwany przejął odpowiedzialność za skutki wypadku – co do zasady – na podstawie polisy ubezpieczeniowej OC sprawcy (okoliczności bezsporne).

Powódka bezpośrednio po zderzeniu pojazdów czuła się oszołomiona i nie odczuwała żadnych dolegliwości. Jednak po krótkim czasie pojawił się u niej silny ból kręgosłupa szyjnego i klatki piersiowej. W związku z tym w dniu 06.02.2019 r. zgłosiła się do Poradni Lekarza POZ w (...) sp. z o.o. gdzie po przeprowadzonym badaniu lekarz stwierdził: następstwa urazów szyi i tułowia. Skierowano powódkę do poradni specjalistycznej.

Powódka kontynuowała leczenie w poradni neurologicznej, gdzie lekarz neurolog stwierdził u powódki: pourazowy zespół bólowy kręgosłupa szyjnego, stan po skręceniu odcinka kręgosłupa szyjnego, zespół szyjno – barkowy prawostronny, pourazowa dysfunkcja barku prawego (ruchowa), pourazowe zawroty głowy i pourazowe zaburzenia lękowe. W związku ze skutkami wypadku powódka podjęła leczenie neurologiczne, które zakończyła 23.06.2019 r. Powódka odbyła wizyty u neurologa w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ, jednak po pewnym czasie lekarka, u której powódka leczyła się przestała przyjmować w Poradni Neurologicznej i powódka musiała odbyć kolejną wizytę prywatnie w gabinecie neurologa M. O., za co zapłaciła 150 zł.

Po wypadku powódka nosiła kołnierz ortopedyczny przez okres ok. 2 tygodni (dowód: kserokopia skierowania do (...) sp. z o.o. z 06.02.2019 r. – k. 14, kserokopia historii zdrowia i choroby Poradni Neurologicznej – k. 15 - 21, przesłuchanie powódki E. S. – k. 89 - 90, kserokopia rachunku z 23.06.2020 r. z Prywatnego Gabinetu Lekarskiego M. O. – k. 27).

Powódka podjęła początkowo rehabilitację w J., ale nie była z niej zadowolona, gdyż nie czuła żadnej poprawy, nadal utrzymywało się u niej drżenie, drętwienie kończyn górnych. Rehabilitację odbywała prywatnie, korzystając z wizyt domowych znajomej rehabilitantki dwa razy w tygodniu przez okres ok. 4 miesięcy.

Po tym czasie rehabilitantka stwierdziła, że nie jest w stanie więcej pomóc powódce i wówczas poleciła powódce wysokiej klasy specjalistę w dziedzinie rehabilitacji z P.. Powódka zdecydowała się udać do P. i poddać rehabilitacji w zarekomendowanym gabinecie. Od września 2019 r. powódka leczyła się zatem w gabinecie OsteoMedical P. K. w

P., gdzie zgłosiła się w związku z utrzymującymi się u niej: sztywnością karku, tkliwością więzadła nadkolewca C3-C5, sztywnością okolicy piersiowej i krzyżowej, problemami ze snem, bólami głowy i szumami w uszach. W trakcie pakietu wizyt między 13 – 16.07.2020 r. wykonano u powódki serię zabiegów rehabilitacji.

Po pierwszej wizycie fizjoterapeuta P. K. wykonał badanie powódki, lecz z powodu braku wolnych terminów na zabiegi, powódka musiała wrócić do domu i wyczekać na umówiony termin. Za wizytę zapłaciła wówczas 120 zł. Następnie, powódka ponownie przybyła do P. i odbyła umówioną tygodniową serię zabiegów, za co zapłaciła 1.200 zł. Koszty dojazdu, noclegu

i wyżywienia poniosła we własnym zakresie. Po pewnym czasie odbyła w tym gabinecie jeszcze jedną serię zabiegów. Łącznie za zabiegi w OsteoMedical zapłaciła 1.900 zł (1.200 zł i 700 zł) - (dowód: zeznania świadka M. C. – k. 58 - 59, przesłuchanie powódki E. S. – k. 89 - 90, kserokopia faktur OsteoMedical P. K. nr FV/8/10/2019, nr (...) – k. 25 - 26, kserokopia zaświadczenia P. K. o odbytej terapii z 17.09.2019 r. - k. 22).

Pomimo odbytego leczenia powódka nadal skarży się na nawracający ból kręgosłupa szyjnego i okolic barku, cierpienie prawej ręki, a także migreny. Dolegliwości tego typu nie odczuwała przed wypadkiem.

Urazy odniesione w wypadku wyłączyły powódkę na pewien czas od codziennych czynności, a zwłaszcza od obowiązków związanych z rehabilitacją jej niepełnosprawnego syna. Powódka wcześniej aktywnie uczestniczyła w rehabilitacji syna, a z powodu własnych dolegliwości bólowych, szczególnie z powodu drętwienia ręki, obowiązki te musiał przejąć mąż powódki. Powódka odczuwała ból zwłaszcza w przyjmowanych na dłuższy czas pozycjach wymuszonych, nie mogła dźwigać syna.

Po wypadku powódka przez wiele miesięcy skarżyła się na problemy ze snem, a jej psychiczne funkcjonowanie zaburzał także lęk komunikacyjny. Pojawiły się – niewystępujące przed wypadkiem – ciężkie migreny (dowód: zeznania świadka M. C. – k. 58 - 59, przesłuchanie powódki E. S. – k. 89 - 90).

Doznany uraz w postaci pourazowego zespołu bólowego szyjnego o charakterze mieszanym kwalifikuje się jako 5 % długotrwały uszczerbek na zdrowiu. Dolegliwości bólowe w pierwszym okresie po wypadku biegły ocenił na 9 w skali (...). Po tym okresie ulegały stopniowemu zmniejszeniu (dowód: opinia biegłego lekarza neurologa J. B. z 21.04.2022 r. – k. 67 - 69, przesłuchanie powódki E. S. – k. 89 - 90).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powołanych wyżej, a zawartych w aktach sprawy dokumentów i ich kserokopii oraz przedstawionych akt szkody (k. 49). Następstwa zdrowotne wypadku

z 01.02.2019 r. zostały oparte na dokumentacji medycznej, opinii biegłego neurologa oraz uzupełniająco przesłuchania powódki. Opinię biegłego neurologa Sąd ocenił jako fachową i rzetelną. Mając na uwadze kwalifikacje biegłego, jego poziom wiedzy i doświadczenia, Sąd uznał, że opinia może stanowić miarodajną podstawę przyjętych ustaleń stanu faktycznego. Nie umniejsza jej wartości dowodowej fakt, że biegły nie zastosował w swojej metodyce pracy kwalifikacji I., zgodnie z oczekiwaniami strony pozwanej. Zarzuty pozwanego stawiane przedmiotowej opinii sprowadzały się do kwestionowania oceny wielkości bólu, przyjętej przez biegłego na 9 w skali (...). Co oczywiste, ocena natężenia bólu ma charakter subiektywny i nie ma

w tym zakresie żadnych narzędzi badawczych poza danymi pozyskanymi od pacjenta. Stąd też zarzut, że opinia nie spełnia kryterium obiektywizacji, obowiązującego w opiniowaniu sądowo – lekarskim, Sąd uznaje za chybiony.

Odnosnie zeznań świadka M. C. nie zachodziły żadne okoliczności, które mogłyby poddawać w wątpliwość ich wartość dowodową.

W ocenie Sądu, zeznania świadka składane były w sposób szczerzy, a przy tym korespondują z treścią dokumentów z procesu leczenia, wobec czego Sąd nie znalazł podstaw, aby odmówić im waloru wiarygodności. Wynika z nich jasno, że E. S., niezależnie od długotrwałego uszczerbku na zdrowiu

w ujęciu neurologicznym, doznała zaburzeń psychicznego funkcjonowania (lęk komunikacyjny, bezsenność, silny stres), determinujących wystąpienie krzywdy.

Sąd zważył, co następuje.

Powództwo zasługuje na uwzględnienie w całości.

W pierwszej kolejności wskazać należy, iż stan faktyczny w sprawie był w dużej mierze bezsporny, w szczególności co do zasady odpowiedzialności pozwanego, stąd rozważania prawne w tym zakresie należy uznać za zbędne.

Wskazać jedynie należy, że strona pozwana, nie kwestionując swojej odpowiedzialności za następstwa wypadku, wcześniej wypłaciła na rzecz powódki zadośćuczynienie w kwocie 1.200 zł i częściowo zrefundowała wydatki na leczenie (59,99 zł).

Strony pozostawały w sporze jedynie co do tego, czy obrażenia ciała, jakich powódka doznała w wypadku mogły stanowić przyczynę krzywdy, jaką powódka opisuje. Spór dotyczył też zasadności wydatków na prywatne leczenie rehabilitacyjne (1.900 zł) i prywatne leczenie neurologiczne (150 zł).

Stosownie do art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. Z kolei zgodnie z treścią przepisu art. 445 k.c. § 1 w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

W orzecznictwie wskazuje się, że przewidziana w art. 445 k.c. krzywda, za którą sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią kwotę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego, obejmuje zarówno cierpienia fizyczne, jak i cierpienia moralne. Nie tylko trwałe, lecz także przemijające zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu polegające na znoszeniu cierpień psychicznych mogą usprawiedliwiać przyznanie zadośćuczynienia pieniężnego na podstawie art. 445 § 1 k.c. (wyrok SN z 2002.03.20, V CKN 909/00, LEX nr 56027). Zadośćuczynienie stanowi formę rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej. Podstawą żądania z art. 445 k.c. jest doznana krzywda niemajątkowa w postaci ujemnych przeżyć związanych z cierpieniami fizycznymi i psychicznymi pokrzywdzonego, wynikających z naruszenia dóbr osobistych wskazanych w tym przepisie. Zakres naruszonych dóbr osobistych obejmuje między innymi uszkodzenie ciała czy rozstrój zdrowia.

Przepis art. 445 § 1 k.c. operuje pojęciem „sumy odpowiedniej”, które ma w istocie charakter niedookreślony, niemniej jednak w judykaturze wskazane są kryteria, którymi należy się kierować przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia. I tak, wskazuje się m. in. że, zadośćuczynienie ma mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, jego wysokość powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętej stopie życiowej społeczeństwa, z tym zastrzeżeniem, że nie powinna ona być symboliczna (por. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 28.06.2005r., sygn. akt I CK 7/05, LEX 153254, uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z 28.09.2001r., sygn. akt II CKN 427/00, LEX 52766 oraz uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z 24.06.1965r., I Pr 203/65, OSPiKA 1966 nr 4, poz. 92). Wśród innych okoliczności wpływających na wysokość zadośćuczynienia jest wymóg ustalenia go adekwatnie do długotrwałości i przebiegu procesu leczenia, stopnia cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywności i długotrwałości, stopnia uciążliwości, wieku poszkodowanego, jego szans na przyszłość oraz poczucia nieprzydatności społecznej (tak Sąd Najwyższy w wyroku z 01.04.2004 r., II CK 131/03, LEX nr 327923).

Na tle dominującego stanowiska sądów powszechnych i przedstawicieli doktryny nie ulega również wątpliwości, że kwestia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może mieć decydującego znaczenia przy ustalaniu rozmiaru krzywdy. Stopień uszczerbku na zdrowiu nie może być przyjmowany jako decydująca przesłanka ustalenia wysokości

zadośćuczynienia spowodowanego wypadkiem, nie znajduje też stricte matematycznego przełożenia na wysokość zadośćuczynienia. Należy mieć bowiem na uwadze, że procentowe określenie stopnia uszczerbku na zdrowiu służy zupełnie innym niż określenie wysokości należnego zadośćuczynienia celom i że przy orzekaniu o zadośćuczynieniu jest nieprzydatne, a najwyżej może stanowić pewne kryterium pomocnicze przy ocenie istotnych z punktu widzenia jego wysokości kwestii: rozmiaru krzywdy, natężenia bólu oraz cierpień fizycznych i psychicznych, a także długotrwałości tych ujemnych przeżyć (tak m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 09.02.2016 r. I ACa 850/15).

W niniejszej sprawie biegły neurolog – wbrew ustaleniom pozwanego – orzekł, że powódka w następstwie zdarzenia z dnia 01.02.2019 r. odniosła 5 % długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Pomimo, iż leczenie neurologiczne zakończyła w piątym miesiącu od wypadku, to następstwa zdarzenia w postaci pourazowego zespołu bólowego szyjnego wymagały dalszej rehabilitacji, podejmowanej przez powódkę kilkukrotnie w następnych miesiącach. Nie można więc podzielić stanowiska pozwanego, że następstwa zdrowotne zdarzenia nie mają u powódki charakteru długotrwałego.

Obrażenia ciała, jakich doznała powódka wywołały szereg negatywnych następstw w jej życiu prywatnym. Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy wskazał, że powódka przed wypadkiem była aktywną fizycznie osobą, przede wszystkim czynnie angażowała się w rehabilitację niepełnosprawnego syna. Ból, z jakim przyszło jej się zmierzyć w pierwszych tygodniach od zdarzenia, jak i ograniczenia ruchowe, wynikające choćby z konieczności unieruchomienia kręgosłupa szyjnego kołnierzem ortopedycznym z pewnością niosły ze sobą uczucie rezygnacji, własnej niewydolności, lęku. Opinia biegłego neurologa potwierdza, że powódka przez okres ok. 2 tygodni wymagała pomocy osób trzecich (k. 69).

Ze zgromadzonego materiału dowodowego wynika również, że powódka zmagala się z lękiem komunikacyjnym, a także bezsennością i dotąd niewystępującymi u niej migrenami. Dyskomfort związany z jazdą samochodem odczuwa do chwili obecnej.

Należy podkreślić, że utrzymujące się dolegliwości bólowe spowodowały konieczność poddania się leczeniu rehabilitacyjnemu, w związku z czym powódka musiała podjąć trud i niedogodności związane z terapią (zaangażowanie czasu, pieniędzy, rodziny). Wszystkie te okoliczności składają się na obraz krzywdy powódki, wymagający kompensaty - nie sumą symboliczną - lecz przedstawiającą dla powódki ekonomicznie wartość.

W zaistniałych okolicznościach Sąd uznał, że wypłacona przez pozwanego kwota 1.200 zł jest istotnie zaniżona, a kompensacja zaistniałej krzywdy wymaga uzupełnienia kwoty należnego zadośćuczynienia do łącznej sumy 8.000 zł. Taka kwota tytułem zadośćuczynienia będzie kwotą adekwatną do rozmiaru cierpień, jakich powódka doznała na skutek wypadku, wyważoną, utrzymaną w rozsądnych granicach i umożliwiającą złagodzenie zaistniałych skutków wypadku.

Mając na uwadze, że pozwany wypłacił dobrowolnie kwotę 1.200 zł, zasądzeniu zgodnie z art. 445 § 1 k.c. podlegała zatem dalsza kwota 6.800 zł tytułem uzupełnienia należnego świadczenia.

Za zasadne w całości należało także uznać żądanie zasądzenia odszkodowania. Pozwany kwestionował to roszczenie, zarzucając, że powódka mogła skorzystać ze świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W świetle ustaleń Sądu, a także doświadczenia życiowego

i wiedzy powszechnie znanej, należało dać wiarę powódcy, że skorzystanie z 1 – krotnej prywatnej konsultacji neurologicznej (wydatek 150 zł) było usprawiedliwione choćby chęcią kontynuowania leczenia - rozpoczętego w poradni - u tego samego lekarza specjalisty, który znał już historię choroby poszkodowanej. Nie sposób ocenić, aby wydatek na tę kwestionowaną jednokrotną wizytę u neurologa, w kontekście rozpoznanych u powódki pourazowych schorzeń, miał być wydatkiem niecelowym, czy nie pozostającym w adekwatnym związku przyczynowo – skutkowym ze zdarzeniem

z 01.02.2019 r. Żadne okoliczności nie wskazują, aby zamiarem powódki było intencjonalne zwiększenie szkody.

Za chybione należy również uznać stanowisko pozwanego odnośnie kosztów odbytej rehabilitacji prywatnej. Faktem powszechnie znanym są aktualne ograniczenia w dostępie do zabiegów rehabilitacji w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i odległe terminy wyczekiwania na tego typu zabiegi.

Należy podkreślić, iż przepis art. 444 § 1 k.c. nie przesądza, w jakim systemie organizacyjno-prawnym może dojść do poddania się poszkodowanego czynnościom leczniczym lub rehabilitacyjnym. W orzecznictwie Sądu Najwyższego i piśmiennictwie wskazuje się, że rygorystyczne preferowanie systemu ubezpieczeń społecznych, oferującego bezpłatne usługi medyczne,

z wielu powodów jest trudne do zaakceptowania. Poszkodowany nie może być pozbawiony możliwości korzystania z leczenia lub rehabilitacji, które mogłyby doprowadzić do odpowiedniego efektu restytucyjnego w zakresie jego stanu zdrowia, nawet jeżeli realizowane świadczenia medyczne powodować mogą powstanie odpowiednich, zwiększonych kosztów. Należy pozostawić mu zatem możliwość wyboru systemu leczenia publicznego lub prywatnego, przynajmniej w takiej sytuacji, w której brak podstaw do przyjęcia istnienia pełnego wyboru alternatywnego z racji istotnego ograniczenia faktycznego dostępu do usługi medycznej oferowanej w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń. Chodzi tu przede wszystkim o sytuacje typowe, tj. szerszy zakres prywatnych usług medycznych, niemożność skorzystania przez poszkodowanego ze świadczenia medycznego oferowanego przez publiczny system świadczeń z powodu odległego, niewskazanego medycznie czasu jego zrealizowania (vide: wyrok Sądu Najwyższego z 26.06.1969 r., II PR 217/69). Nie jest też wyłączone, że

w sytuacjach, w których zachodzi ograniczony dostęp do usługi medycznej, za koszty celowe w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. można uznać także koszty leczenia lub rehabilitacji poniesione za granicą.

W niniejszej sprawie, powódka domagając się zwrotu kosztów rehabilitacji w gabinecie OsteoMedical wykazała celowość poniesionych wydatków na łączną kwotę 1.900 zł. Kwota ta została udokumentowana odpowiednimi rachunkami, a dokumentacja medyczna potwierdziła celowość rehabilitacji i związek przyczynowy z doznanym uszkodzeniem ciała.

Zauważyć należy, że jeżeli ubezpieczyciel, odpowiadający wobec poszkodowanego w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych - powołuje się wobec uprawnionego na ustawowy obowiązek minimalizacji szkody, to oczywiście może on kwestionować celowość kosztów poniesionych przez poszkodowanego; wtedy ciężar dowodu spoczywa jednak na ubezpieczycielu (art. 6 k.c.). W tym aspekcie Sąd orzekający w pełni podziela wywody zawarte

w uchwale Sądu Najwyższego (7 sędziów) z 19.05.2016 r., III CZP 63/15.

Mając powyższe na względzie należało uznać za zasadne poniesienie kosztów rehabilitacji w kwocie 1.900 zł wg przedstawionych przez powódkę rachunków. Należy podkreślić, że powódka nie dochodziła w tym zakresie pozostałych kosztów związanych z wyborem gabinetu oddalonego od miejsca zamieszkania o kilkaset kilometrów (P.). Nie żądała w szczególności refundacji kosztów zakwaterowania, wyżywienia i przejazdów do P., co mogłoby budzić wątpliwości co do zasadności wyboru specjalisty z tak odległej placówki.

Objęty żądaniem pozwu wydatek 1.900 zł obejmuje zatem koszt, który zostałby poniesiony niezależnie od miejsca położenia placówki świadczącej omawiane zabiegi, co nakazuje uznać go za usprawiedliwiony i objęty odpowiedzialnością pozwanego na zasadzie art. 444 § 1 k.c.

O odsetkach w pkt 1 wyroku orzeczono na podstawie art. 481 k.c. Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić odszkodowanie co do zasady

w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku (art. 817 § 1 k.c.). Nie spełniając świadczenia w terminie, popada w opóźnienie (art. 476 k.c.), co uzasadnia żądanie odsetek w wysokości ustawowej (art. 481 § 1 i 2 k.c.). Z akt szkody wynika, że pozwany podjął decyzję o przyznaniu zadośćuczynienia i odszkodowania w dniu 07.05.2020 r. Nie spełniając świadczenia w całości, od dnia następnego pozostawał zatem w opóźnieniu ze spełnieniem dalszej części zobowiązania.

O kosztach orzeczono w myśl art. 98 § 1 i 3 k.p.c. Na koszty procesu należne powodce, jako stronie wygrywającej proces w całości, złożyła się opłata od pozwu (500 zł), koszty zastępstwa procesowego i opłata skarbową od udzielonego pełnomocnictwa (1.834 zł) i wydatek na opinię biegłego lekarza (574,38 zł).